

ENDOSCOPY
ATLAS OF
GASTRIC
DISORDERS

VOL.5 NO.1

통권14호 | 2024

위질환 내시경 아틀라스



C O N T E N T S



위질환 내시경 아틀라스

ENDOSCOPY
ATLAS OF
GASTRIC DISORDERS



위 소포림프종 04

Gastric follicular lymphoma
김수진 | 양산부산대학교병원 소화기내과



위장관기질종양 05

Gastrointestinal stromal tumor
김수진 | 양산부산대학교병원 소화기내과



부식제에 의한 손상 06

Caustic injury
김정욱 | 인제대학교 일산백병원 소화기내과



대장정결 도중 구토 이후 발생한 후두벽 천공 07

Pharyngeal perforation due to vomiting during bowel preparation
김정욱 | 인제대학교 일산백병원 소화기내과



조기위암으로 오인되었던 보만4형 진행성 위암 09

Borrmann type IV advanced gastric cancer mistaken as early gastric cancer
김준영 | 성균관대학교 삼성창원병원 소화기내과



상부위장관 출혈을 동반한 방사선 위십이지장염 10

Radiation gastroduodenitis with upper gastrointestinal bleeding
김준영 | 성균관대학교 삼성창원병원 소화기내과



식도이물 제거술 후 생긴 식도 천공에 대한 내시경 음압 치료 ... 11

Endoscopic vacuum therapy for esophageal perforation after foreign body removal
김지원 | 서울특별시보라매병원 소화기내과



외부압박 의심 소견으로 발견한 췌장암 12

Extrinsic compression due to pancreatic cancer
김지원 | 서울특별시보라매병원 소화기내과



식도의 흑색종 13

Esophageal melanoma
양민아 | 전주예수병원 소화기내과



관상 선종과 병발된 심재성 낭종성 위염 14

Tubular adenoma associated with gastritis cystica profunda
양민아 | 전주예수병원 소화기내과



십이지장 위장관기질종양 15

Duodenal gastrointestinal stromal tumor

차라리 | 창원경상국립대학교병원 소화기내과



소장의 미만성 거대 B세포 림프종 16

Diffuse large B cell lymphoma

차라리 | 창원경상국립대학교병원 소화기내과

IN DEPTH CASE ANALYSIS

산분비선 선종 17

Oxyntic gland adenoma

이준행 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

[For Healthcare Professional Only]

발행인: 김관홍 | 메디칼업저버

발행일: 2024년 월 일

발행처: 메디칼업저버

서울특별시 강남구 논현로 72길 29 리치노아빌 3층

TEL: 02-3467-5400 / FAX: 02-3452-9229 / www.monews.co.kr

편집자문: 이준행 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

No part in this publication may be reproduced, distributed, or transmitted in any form or by any mean.

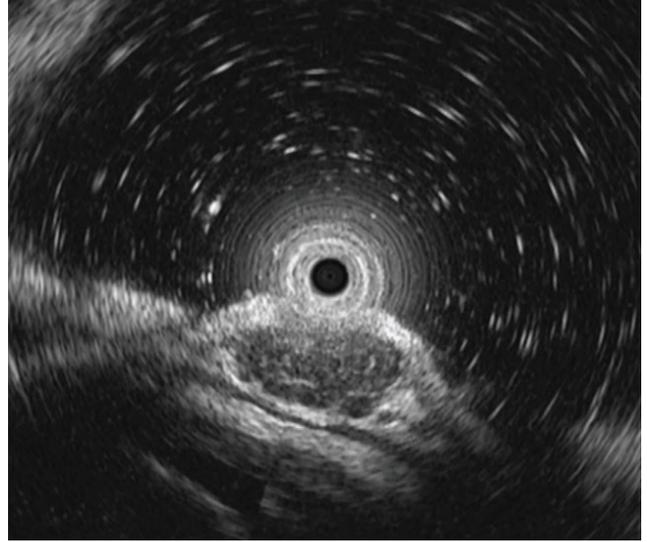
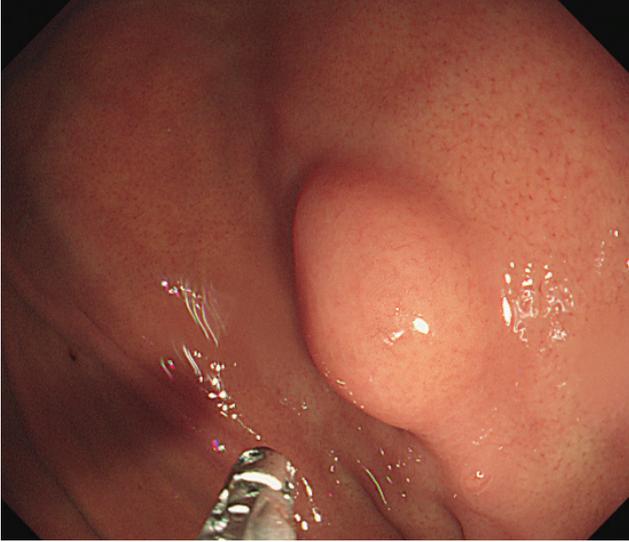
MEDICAL Observer

©Copyright 2024 Medical Observer. All rights reserved. No part in this publication may be reproduced, stored in a system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise without permission in written form from the publisher.

위 소포림프종

Gastric follicular lymphoma

김수진 | 양산부산대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

76세 여자가 위암 검진 목적으로 개인병원에서 시행한 상부위장관 내시경검사서 위의 상피하 종양 발견되어 정밀검사 위해 3차병원으로 의뢰되었다. 위 상체부 대만에 정상 점막으로 덮힌 1.5 cm 가량의 상피하 병변이 관찰된다. 초음파 내시경에서 3층 기원의 불균일한 저음영 종괴가 관찰된다.

진단 및 경과

진단 및 치료 목적으로 수중 점막 절제술로 완전 일괄절제하였다. 조직병리 소견에서 소포림프종, grade 1으로 확인되었다. 림프소포(lymphoid follicles)가 주로 점막 하층에 분포하며 소포 안의 림프구는 작고 분열상은 거의 관찰되지 않았다.

해설

위 소포림프종은 원발 부위는 십이지장과 위가 각각 10%, 1%로 보고 되며 내시경 소견은 크게 4가지 1) 과립형(granular type), 2) 주름 종창형(fold swelling type), 3) 점막하 종양형(submucosal tumor type), 마지막으로 4) 궤양형(ulcerated type)으로 나눌 수 있다. 십이지장에서는 과립형이 92%, 위에서는 점막하 종양형이 71%의 빈도로 보고 되었다. 소장과 위에서 형태가 다른 이유는 점막 근층에 위치한 소포림프종의 악성 소포 커지면 점막 고유층이 얇은 소장에서는 점막 표면에 과립형으로 나타나기 쉽고, 이에 반해 위에서는 점막 표면이 소장에 비해 두껍기때문에 병변이 진행하여 상피하 종양 형태로 덩어리를 이루면 발견되기 때문으로 추정된다.

토의

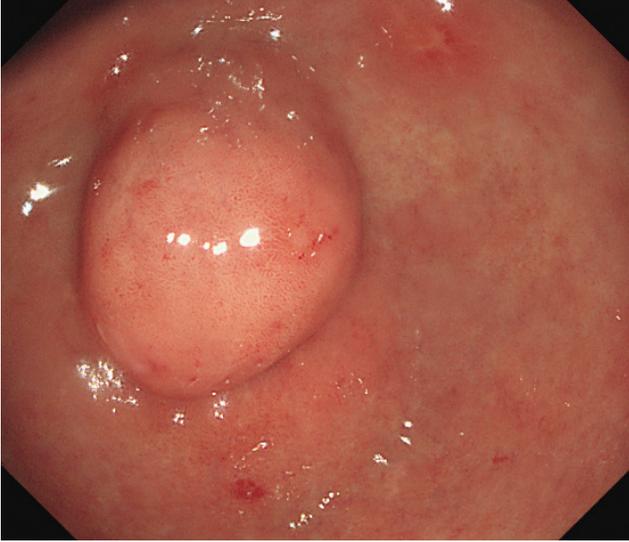
이준행: 위장관 이외의 소포림프종의 예후는 다양하지만 위장관 소포림프종은 indolent하므로 RT나 chemotherapy를 하지 않고 주의 깊은 경과 관찰도 가능합니다. 조직검사를 통하여 쉽게 진단되는 십이지장 소포림프종은 우리나라 의료 현실에서 대부분 RT로 치료하고 있습니다. 위상피하종양 양상으로 발현되는 위 소포림프종은 정확한 조직학적 진단 없이 경과 관찰하는 경우가 많을 것 같습니다.

김수진: 치료가 매우 힘들고 위험하다면 경과 관찰할 수도 있지만 대부분의 위장관 소포림프종이 EMR로도 안전하게 절제되기 때문에 확실히 진단하는 것이 좋습니다. 이 환자도 대다수의 위장관 소포림프종의 경우처럼 biopsy로 진단되지는 않았습니다.

위장관기질종양

Gastrointestinal stromal tumor

김수진 | 양산부산대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

68세 남자가 4년 전 위암 검진 목적으로 개인병원에서 시행한 상부위장관 내시경검사서 발견된 위의 상피하 종양 추적 검사에서 종양 크기 증가가 의심되어 3차 병원으로 의뢰되었다. 유문륜 근방 정상 점막으로 덮힌 1.8 cm 가량의 상피하 병변이 관찰된다. 초음파 내시경에서 3층 기원으로 추정되는 불균일한 저음영 종괴가 관찰된다.

진단 및 경과

이소성췌장 가능성 높을 것으로 생각했으나 크기 증가 소견이 있어 진단 및 치료 목적으로 수중 점막 절제술을 시행하였다. 올가미로 잡아 절제하였으나 종괴를 덮고 있는 점막만 절제되고 캡슐에 덮힌 종양이 노출되었다. 노출된 종양을 올가미로 잡고 두 번에 걸쳐 분할 절제하였다. 절제면에 잔여 병변이 없음을 확인하고 절제술을 종료하였다.

조직병리 소견에서 크기 2.1 cm, mitotic rate 1/50 HPF 저위험 위장관기질종양(gastrointestinal stromal tumor, GIST)으로 확인되었다. 종양 절제면 위간질성종양 조직은 보이지 않았다.

해설

위에서 발견되는 위장관기질종양은 대부분 정상 점막으로 덮여 있고 상체부에 주로 발생한다. 내시경 초음파에서 대부분 4층에서 기원하는 저음영 종괴로 관찰된다. 2 cm 이하의 4층 기원 상피하종양은 악성 가능성을 시사하는 대표적인 4가지 소견, 1) 불균질한 음영, 2) 종괴 내부 무에코 영역, 3) 변연의 불규칙성, 마지막으로 4) 3 cm 이상의 크기가 없다면 경과 관찰해 볼 수 있다. 이번 증례는 위간질성종양을 유문륜 근방에 발생 빈도가 높은 상피하종양인 이소성 췌장으로 오인하여 내시경 점막절제술을 시행하였으나 위장관기질종양은 내시경 절제술 중 천공의 위험이 매우 높으므로 세심한 주의를 요한다.

토의

김지원: 이 환자의 경우, 크기가 아주 작지 않고 전형적인 ectopic pancreas와는 다소 모양이 달라서 저도 EMR 내지 ESD으로 절제를 시도해볼 것 같습니다.

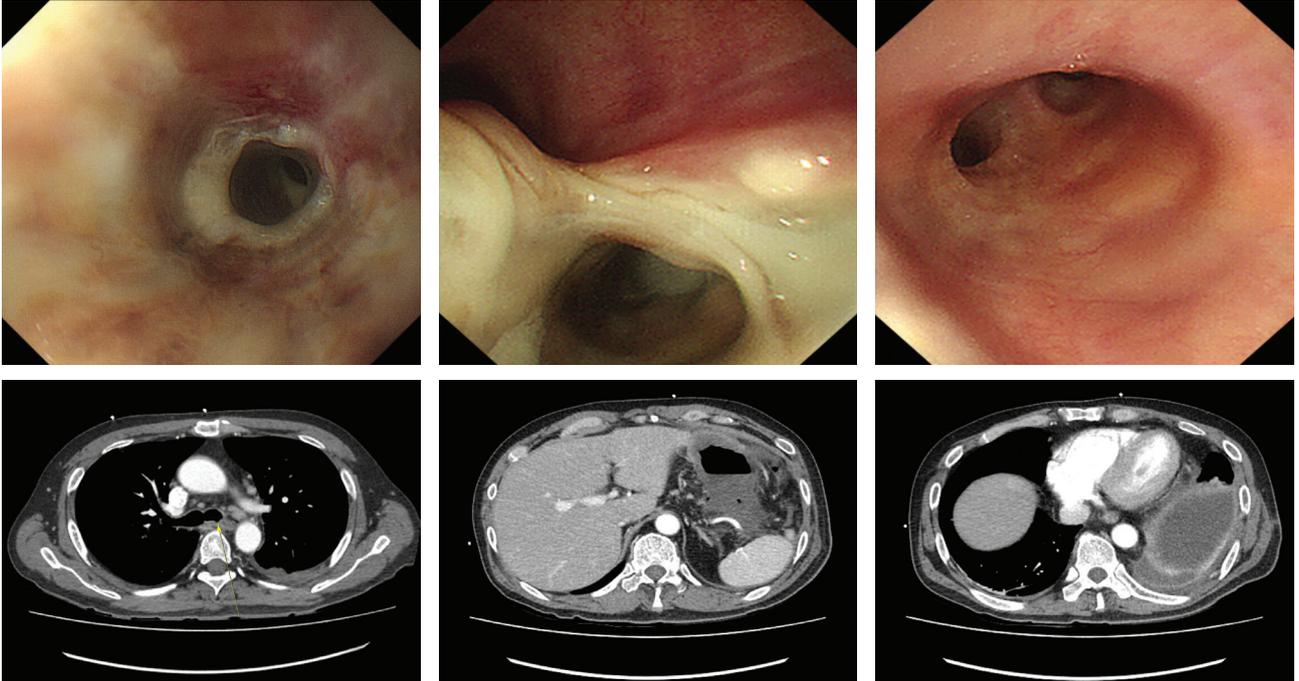
이준행: 1) 불균질한 음영, 2) 종괴 내부 무에코 영역, 3) 변연의 불규칙성, 4) 3 cm 이상의 크기가 없다면 경과 관찰해 볼 수 있다는 의견에 동의합니다. 그러나 1cm 정도의 작은 점막하종양에서 EUS를 시행하였을 때 internal echo가 불규칙한 경우가 있습니다. 어떻게 해야 좋을지요?

김수진: 크기가 1 cm 정도라면 두 가지 옵션이 있을 것 같습니다. 내시경 절제가 가능한 병변이라면 내시경 절제를 시도하고, gastrectomy를 해야 한다면 경과를 지켜보면서 치료 계획을 세울 것 같습니다.

부식제에 의한 손상

Caustic injury

김정욱 | 인제대학교 일산백병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

58세 남자가 가성소다(수산화나트륨, alkali 부식제)를 100 mL (농도 미상) 정도 음독 후 응급실로 내원하였다. Laryngeal, hypopharynx 전반에 걸친 부종이 심하여 기도 삽관 후 중환자실로 입원하였다. 화학성 폐렴(chemical pneumonitis)이 호전되어 기도 내관을 발관(extubation)한 후 입원 4주째 EGD를 시행하였다.

진단 및 경과

식도 껍사 및 협착으로 내시경 진입이 안되어 XP-260 scope으로 변경하여 진입하였을 때 거대한 식도-기관지루 및 식도에서 기관지 내부로의 내시경 진입이 확인되어 흉부외과, 일반외과와 협진하였다.

• 수술명

Total Gastrectomy (Abdominal Approach) without 림프절청소 / feeding jejunotomy / Esophagostomy / closed thoracostomy

• 수술 관찰소견

1. Wall defect in Gastric upper body Greater curvature side, size 2 cm, with necrotic changes around the hole
2. Liquefactive necrotic pus in wall defect, forming abscess cavity, just beneath Lt diaphragm, size 10×5 cm
3. Pale color changes in along the entire stomach serosa
4. Looking normal duodenum, pancreas

Esophageal diversion (esophagostomy), total gastrectomy with jejunostomy 후 퇴원하였다. 이후 경구 식이 섭취를 강력하게 원하여 7개월 후 재입원하여 대장치환술(colon interposition)을 시행하였다. Pharyngocolostomy, colojejunosotomy 시행하였으나 경부 협착이 역시 심하여 경구 식이를 진행하지 못하였다.

해설

부식제에 의한 손상 환자에서 EGD는 통상 첫 12-24시간 이내에 시행하는 것으로 권고되고 있다. 이는 내시경을 통하여 Zargar stage의 판별을 통해 추후 환자 치료 지침을 받기 위해서이다. 본 증례의 경우에는 첫 내원 당시부터 기도 유지가 힘들어

응급실에서 기계호흡을 시행하였던 환자로, 처음 내원 당시 위내시경 확인 요청이 있었으나 위험성이 높아 시행하지 못하였던 증례이다. 입원 이후 4주째에 시행한 내시경 소견에서 큰 식도 및 위의 천공 및 누공이 발견되었으며, 만약 처음 내원 당시부터 위내시경이 시행되었다면 공기 주입 및 기계적 손상에 의해 위장관 손상이 더 심해지거나, 환자에게 식도/위 천공의 원인 제공 가능성에 대하여 지목이 되었을 수 있었을 것으로 생각된다.

토의

이준행: 알칼리에 의한 손상은 용해괴사(liquefaction necrosis)입니다. 알칼리가 조직에 닿으면 비누화 반응을 일으키며 심부 조직으로 침투해 들어가 광범위한 손상이 발생합니다. 작은 혈관의 혈전(thrombosis)과 발열 반응이 동반됩니다. 점차 세균 침윤, 심한 염증, granulation 반응이 발생합니다. 콜라젠은 2주 후부터 침착됩니다. 따라서 알칼리에 의한 식도 손상 2-3주 무렵 가장 약한 상태가 됩니다. 3주 이후에는 점차 scar가 형성되면서 식도가 좁아지고 짧아집니다. 알칼리에 의한 손상은 주로 식도에서 발생하지만 다량의 알칼리를 음독했을 때에는 위손상도 가능합니다.

이 환자의 경우 대단히 심각한 상태라 수술로 최대한 노력하였으나 결국 jejunostomy로 영양을 공급해야 하는 어려운 상황에 처하게 되었습니다.

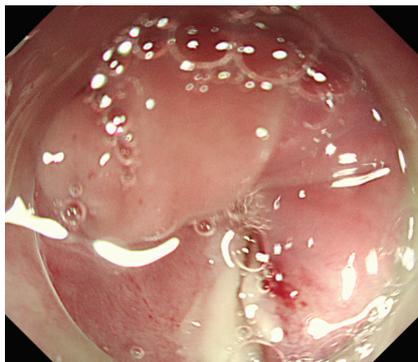
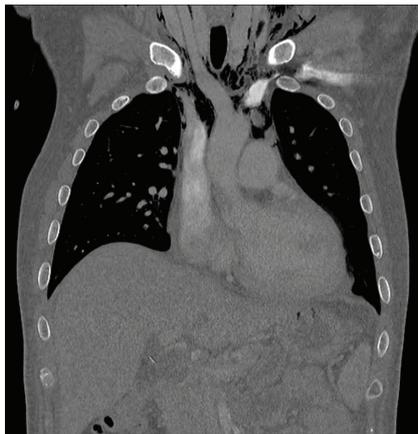
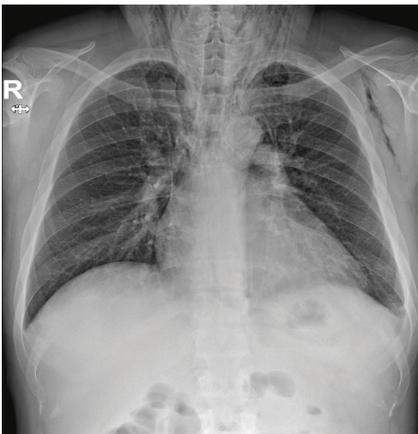
김정욱: 저는 XP scope을 주로 사용하는데, 치료 내시경이나 중증 환자 관리에서는 경비내시경을 시행하고 있습니다. 이 환자는 경구로 시행했습니다.

이준행: Screening endoscopy나 증상을 평가하기 위해서 시행한 경비내시경으로 출혈 문제가 생기면 곤란하지만, 치료를 하기 위해서는 코피가 나더라도 문제가 되는 건 아니므로 큰 어려움 없이 시행할 수 있었습니다.

대장정결 도중 구토 이후 발생한 후두벽 천공

Pharyngeal perforation due to vomiting during bowel preparation

김정욱 | 인제대학교 일산백병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

당뇨병성 말기신부전으로 혈액 투석 중인 남자가 복통, 구토로 왔다. 이전에도 여러 차례 구토 반복되었으며 2달 전 시행한 복부 CT 및 EGD에서는 역류성 식도염 외에 특이 소견 없었다. 소장세균과다증식(SIBO)이 의심되어 하부위장관 파트로 전과되었다. 대장내시경 확인 위해 장정결제(colyte)를 복용하였고, 정결 도중 구토 후 심한 목부위 통증을 호소하였다.

진단 및 경과

대장내시경 검사 당일 시행한 CXR에서 피하기종이 관찰되어 대장내시경 검사는 취소 후 neck CT, chest CT를 시행하였다. Extensive pneumomediastinum, extensive emphysema in neck 관찰되었다. 천공 부위 확인 위해 EGD를 시행하였고 pharynx posterior wall에서 Lt pyriform sinus 방향으로 linear laceration 및 focal wall defect 확인되었다. 이비인후과 협진에서 증상이 심하지 않아 봉쇄압박 및 항생제를 사용하며 경과 관찰하였고, 6일 후 증상이 호전되어 퇴원하였다.

해설

이상와(pyriform sinus)는 점막 및 근육층이 매우 얇아, 상부 내시경검사 중 천공 위험이 높다. 따라서 내시경을 삽입할 때 과도한 조작과 힘을 가하면 이상와 파열의 위험이 증가할 수 있으므로 내시경 조작에 주의해야 한다. 인두나 식도의 자연 파열은 드문 질환이며 파열은 일반적으로 식도의 하부 1/3에서 발생한다. 인두 또는 경부 식도 천공의 기전은 인두 또는 상부식도 압력의 급격한 증가로 인해 약한 벽이 파열되는 것으로 생각된다. 이는 또한 강제로 구역질을 하거나 구토를 하거나 코를 풀 때 가장 일반적으로 발생하는 닫힌 성대에 대한 관내 압력의 갑작스러운 상승과 관련이 있다. 자연 식도 천공의 치료는 흉부 식도 파열의 대부분의 경우 조기 수술이 선호된다. 관리는 발현 시간, 파열 부위 및 병인에 따라 다르며, 대부분의 자연적 인두 또는 식도 천공은 보존적으로 치유되었으며 심각한 이환율 없이 치료된다고 알려져 있다. 누출이 잘 봉합되고 심각한 합병증이 없는 환자의 경우 광범위한 항생제와 장내/비경구 영양 공급을 포함하여 보존적 치료를 고려할 수 있다. 크고 비차폐된 천공이 있는 환자와 쇼크나 패혈증의 징후를 보이는 환자는 적절한 수술적 개입이 필요하다.

토의

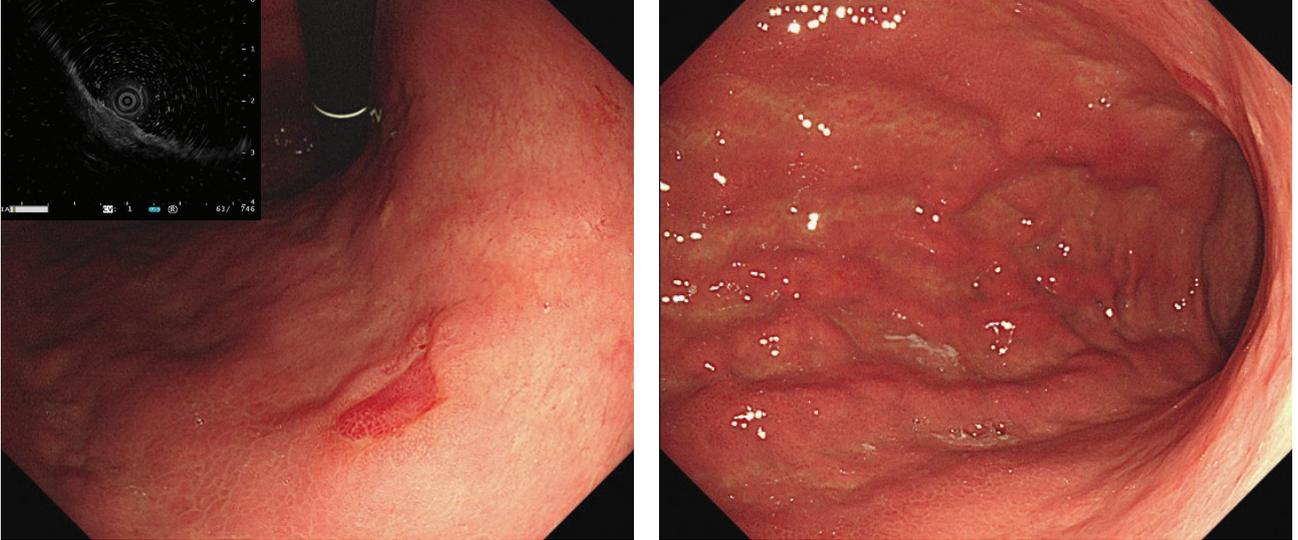
이준행: 대장내시경 전처치 관련 여러 부작용이 발생할 수 있지만 후두벽 천공은 저도 처음 보는 상황입니다. 대장 전처치 도중 Mallory Weiss tear에 의한 출혈은 몇 번 경험하였습니다.

김수진: 아주 희귀 케이스인데 이런 문제에 있어서 책임 소재를 분명히 하기 위해 동의서 작성 등 법적 안전 조치를 취하는 것이 중요하겠습니다.

조기위암으로 오인되었던 보만4형 진행성 위암

Borrmann type IV advanced gastric cancer mistaken as early gastric cancer

김준영 | 성균관대학교 삼성창원병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

60세 남자가 검진 목적으로 위내시경 검사를 시행하였고 위체부 소만 부위에 약 1 cm 크기의 얇은 함몰형 병변이 관찰되어 시행한 조직검사서 반지세포암종(signet ring cell carcinoma)으로 진단되어 조기위암 치료를 위해 의뢰되었다. 병변 주변 4분역(4 quadrant)에서 조직검사를 시행하였고 악성세포가 확인되지 않아 2 cm 미만 크기의 반지세포암에 대해 확대적응증의 내시경점막하박리술을 시행하기로 하였다. 시술 중 병변 주변으로 점막하 용액이 주입되지 않아 추가로 시행한 내시경 초음파에서는 고유근층 이상의 깊고 넓은 미만성 침윤이 확인(왼쪽 그림)되어 보만4형 진행성 위암으로 진단하였다.

진단 및 경과

외과에 의뢰하여 위전절제술을 시행하였고 수술 절제 조직에서 17 cm 크기의 장막층을 침범(T4aN3a)하는 보만4형 진행성 위암으로 확인하였다. 환자는 현재 수술 후 보조화학요법(adjuvant chemotherapy)을 시행 중이다.

해설

보만4형 진행성 위암은 점막하층 이하로 미만형(diffuse)으로 암이 침윤하여 진행하고 점막에서는 침윤이 없는 경우가 많아 조직검사서 진단되지 않는 경우가 흔하다. 국소(focal) 점막 병변이 있는 경우 조직학적 진단이 가능한데 본 증례의 경우에는 국소 병변이 조기위암으로 오인되었고 내시경점막하박리술을 시행하는 과정에서 최종 보만4형 진행성 위암으로 확인되었다. 후향적으로 내시경 사진을 검토해 보면 대만곡(greater curvature) 주름이 비정상적으로 두꺼워져 있어 보만 4형 진행성 위암을 의심해 볼 수 있었던 증례로 항상 의심하지 않으면 놓치기 쉬운 질환으로 주의를 기울여야 하겠다.

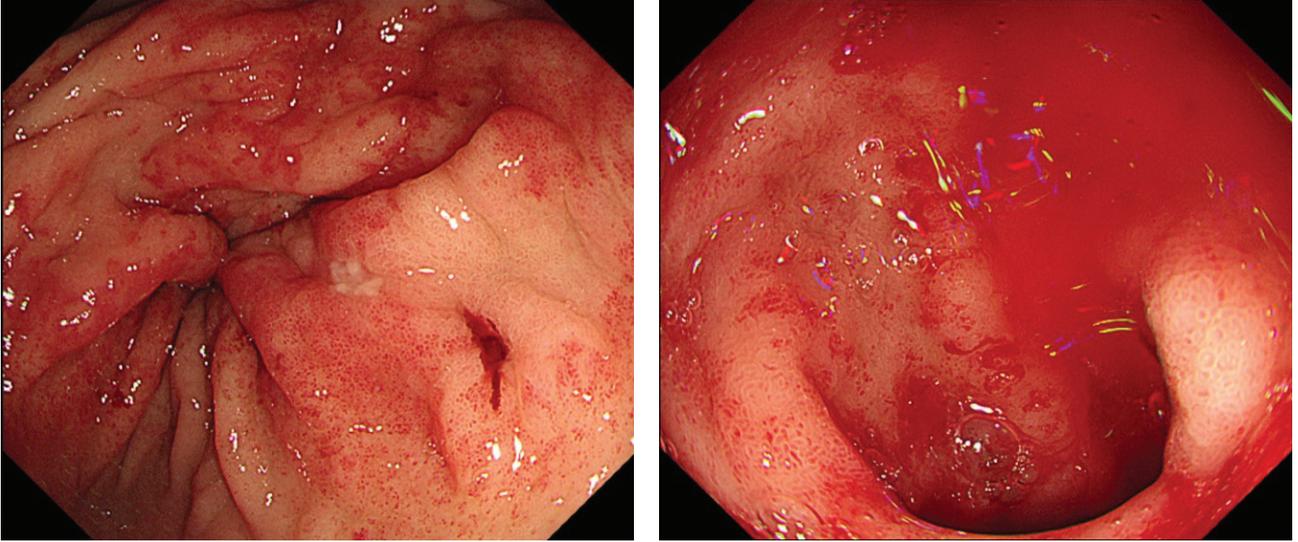
토의

이준행: 조기위암은 의심되지 못하거나 저평가(underestimation)되는 경우가 흔합니다. 작은 함몰형 병소가 발견된 경우 주변 점막을 면밀히 관찰하여 위벽 비후 소견이나 동시성 다발성 위암은 없는지 확인하는 습관이 필요합니다. 오른쪽 사진 보면 Borrmann type IV를 의심할 수 있지만, 처음 내시경 하신 선생님이 왼쪽 사진만 보고 그냥 조기 위암으로 평가를 했던 것 같습니다. 저도 한 번 경험이 있습니다.

상부위장관 출혈을 동반한 방사선 위십이지장염

Radiation gastroduodenitis with upper gastrointestinal bleeding

김준영 | 성균관대학교 삼성창원병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

69세 남자가 흑색변을 주소로 응급실로 내원하였다. 환자는 승모판막 치환술 후 와파린을 지속 복용 중이었으며 내원 3개월 전 담관암증으로 동시화학방사선조사(concurrent chemoradiation, 50Gy/28 fraction) 치료를 받은 과거력이 있었다. 위내시경 검사를 시행하였고 위 날문방(pyloric antrum)과 십이지장 1부위에 걸쳐 광범위한 점막 부종과 발적을 동반한 삼출출혈(oozing bleeding)과 궤양이 확인되었다.

진단 및 경과

환자는 호흡관과 혈색소 4점대의 심한 빈혈이 확인되어 내시경적 지혈술을 시행하였다. 아르곤 플라즈마 지혈술(argon plasma coagulation)로 성공적으로 지혈되었으나 이후에도 3개월 동안 수차례 출혈이 반복되어 반복 지혈술을 시행하였다.

해설

방사선 관련 손상은 어떠한 장기나 위장관에도 영향을 미칠 수 있으며 이러한 합병증 발생의 위험 인자로는 방사선조사 영역 및 조사량이 밀접한 관련이 있으며 동시 화학요법을 시행한 경우 손상은 더 심해질 수 있다. 대표적인 내시경 소견으로는 위장관 점막의 부종, 발적, 궤양, 모세혈관확장(telangiectasia) 등이 관찰되며 심한 경우 괴사나 협착이 발생하는 경우도 있다. 출혈성 위염이나 십이지장염이 심할 경우 알고 광범위한 점막 출혈이 많아 아르곤 플라즈마 지혈술로 치료하는 것이 보편적이며 대부분 성공적으로 지혈되지만 케이스의 환자과 같이 재발로 여러 번 치료를 해야 하는 경우가 많다.

토의

이준행: 간암이나 담도암에 대한 방사선 치료 후 위십이지장 출혈을 보이는 경우가 있습니다. 증례처럼 APC 소작술이 최선이지만 재발이 흔합니다. 환자의 경우는 와파린 사용 전략에 대한 고민도 필요할 것으로 생각합니다.

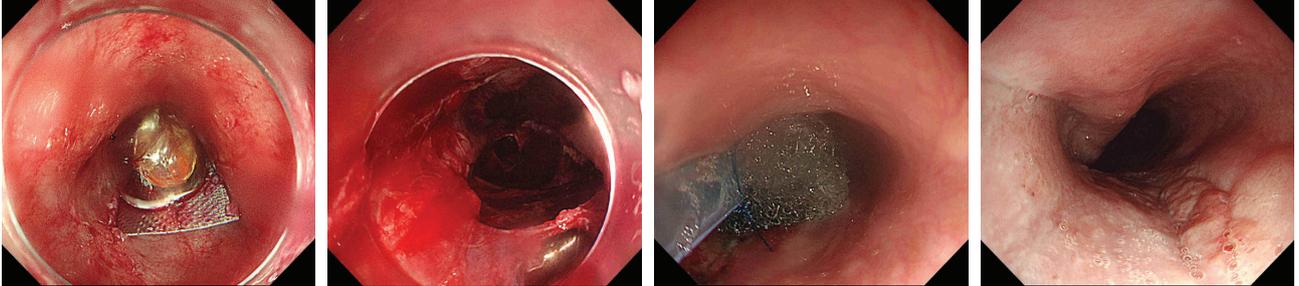
김준영: APC는 구역을 나누지 않고 심한 병변과 출혈이 있는 병소 위주로 하고 있으며, 시술 후 ulcer가 생기면서 대량 출혈이 생기는 경우가 있어서 주의를 기울려 지혈을 하고 있습니다. 이환자도 처음에는 경과를 지켜보려고 했는데 symptomatic anemia나 melena가 계속 반복되어 결국 수차례 지혈을 시행했습니다.

김수진: 저도 경험은 없지만 구역을 나누기보다는 심한 부위부터 먼저 지혈하는 방법을 선택할 것 같습니다. 심한 부위의 지혈 후에는 지혈에 도움이 되는 약제 처치로 조절되지 않을까 생각합니다.

식도이물 제거술 후 생긴 식도 천공에 대한 내시경 음압 치료

Endoscopic vacuum therapy for esophageal perforation after foreign body removal

김지원 | 서울특별시보라매병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

56세 남자 환자가 알약이 포장되어 있는 PTP (press through package) 포장재를 삼킨 후 가슴통증을 호소하여 내시경을 시행하였다. 상절치 30 cm 부근의 식도 벽에 깊고 단단히 박힌 PTP 포장재가 발견되었고 이를 편개형(alligator) 겸자로 잡아 제거하였으며, 이 과정에서 5 cm 가량의 식도 천공이 생겼다.

진단 및 경과

흉부 컴퓨터단층촬영에서 종격동에서 공기음영이 관찰되었고 피하공기증이 동반되었으며 식도 벽의 손실이 관찰되었다. 이에 식도 천공에 대하여 개흉수술 대신에 내시경 음압 치료를 결정하였으며, 식도 천공이 있는 부위에 코위관을 통해 미소공성 스펀지를 위치시키고 음압을 걸어 점막치유를 촉진하였다. 20일 동안 총 6번의 미소공성 스펀지 교체를 시행하였고, 5번째 교체 시에는 상처가 상당 부분 치유되면서 육아조직이 형성된 것을 관찰할 수 있었다. 내시경 음압 치료를 모두 마친 후 식도의 손상은 모두 호전되었고 식도조영술 검사에서도 특이소견 없었으며 환자의 증상도 모두 호전되었다.

해설

내시경 음압 치료는 위장관에서의 천공, 누출, 누공 등의 식도 손상에 적용할 수 있는 최소 침습적 치료 방법이다. 이 치료법은 감염된 피부 상처의 치료에서 활용되는 상처 폐쇄법의 원리가 적용되었다. 코위관과 연결된 폴리우레탄 재질의 200 um 크기의 미소공 스펀지를 손상 부위에 위치시키고 음압을 이용하여 흡인하게 된다. 이러한 음압은 분비물과 죽은 조직을 제거하며, 혈류의 재순환을 돕고 육아조직을 형성하여 상처 치유에 도움이 된다. 내시경 음압 치료는 식도 문합부위 누출의 구제치료로 주로 사용되었으나 최근에는 여러 식도 손상에서 활용되어지고 있으며 긍정적인 결과들을 보이고 있다. 또한 내시경 음압 치료는 기존의 스텐트 삽입술보다 천공, 출혈, 스텐트의 위치 이동 등의 합병증이 적은 것이 장점으로 식도 손상의 치료에 효과적이고 안전하게 시행할 수 있다.

토의

김지원: PTP를 제거하는 과정에서 PTP가 찢어졌는데, 딱 박혀 있어 overtube가 들어갈 공간이 없었던 증례입니다.

이준행: PTP 이물은 후진국형 사고입니다. 보다 상세한 복약지도가 사고 예방에 도움이 될 것입니다.

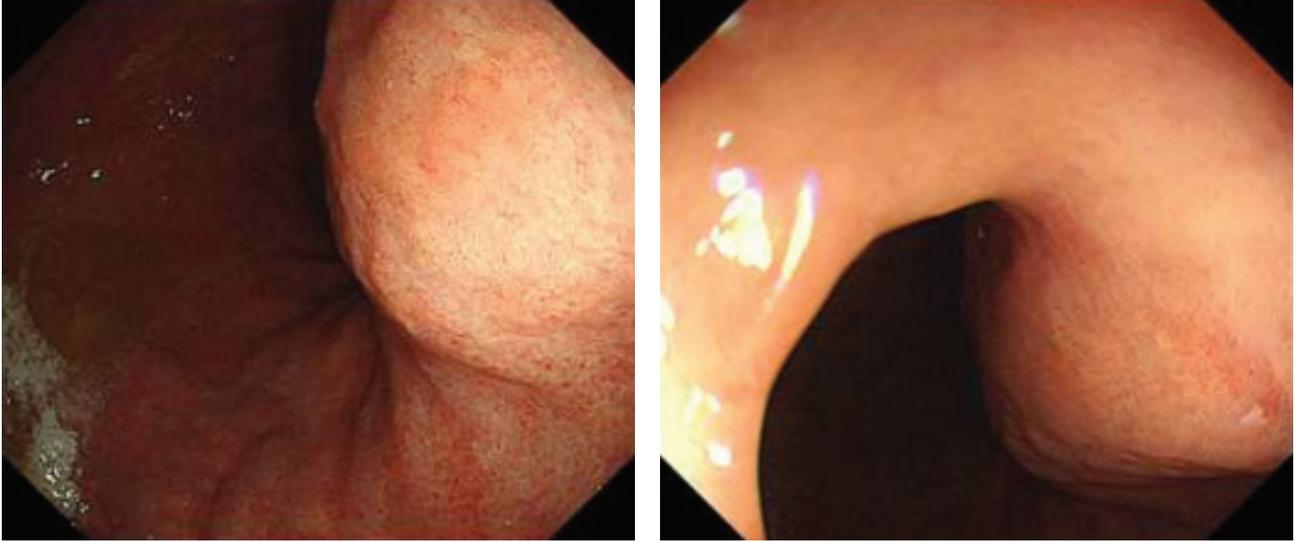
김수진: Vacuum의 교환 주기가 상황에 따라 다를 것 같은데 의견이 궁금합니다.

김지원: 일주일에 두 번 바꾸는 것이 기본인 것 같습니다. 이 환자의 경우 처음에는 3일 주기로 하고 어느 정도 크기가 줄어들어 다음에는 배농되는 양 등을 고려하여 1주일마다 교환했습니다.

외부압박 의심 소견으로 발견한 췌장암

Extrinsic compression due to pancreatic cancer

김지원 | 서울특별시보라매병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

79세 여자 환자가 소화불량과 체중감소(3개월간 10 kg) 증상으로 위내시경 검사를 받았다. 위내시경 검사에서 위체부 후벽 부위에 약 3 cm 크기의 위내강으로 돌출된 병변이 관찰되었으며 병변의 점막은 미란이나 궤양 등의 소견은 보이지 않고 주위 점막과 동일하게 보였으며, 호흡에 따라 같이 움직이고 환자의 자세를 변화시켰을 때 병변의 모양이 변화되는 양상이 관찰되어 외부 압박에 의한 소견으로 생각되었다.

진단 및 경과

환자의 자세한 평가를 위하여 복부 CT 검사를 시행하였고, 췌장 미부에 8.6 cm 크기의 궤사를 동반한 종괴가 관찰되었고 혈액검사서 CA 19-9 수치가 45,000 U/μl로 상승되었다. 췌장암을 의심하여 시행한 흉부 CT 및 PET-CT 검사에서 폐전이 의심되는 소견이 관찰되었다. 환자는 췌관 내 유두상 점액종양(intraductal papillary mucinous neoplasm with invasive carcinoma)의 폐전이 진단으로 항암치료를 시작하였다.

해설

위는 간, 담낭, 비장, 췌장 그리고 횡행결장 등에 둘러싸인 장기로, 내시경검사를 하면서 충분한 송기를 할 경우 주위의 장기와 가까이 접촉하게 되면서 장기의 압박으로 인해 위 점막하종양으로 오인되는 경우가 있다. 때로는 이들 주위 장기에 생기는 종양으로 인해 위내시경검사를 할 때 위 점막하종양 혹은 외부 압박 소견으로 관찰되기도 한다. 특히 간 혹은 담낭 질환의 경우 위내시경검사서 체부 전벽의 점막하종양의 형태로 많이 관찰되며, 췌장의 병변이 있을 경우 체부 후벽의 점막하 종양의 형태로 흔히 관찰된다. 따라서 위내시경검사를 시행하면서 외부 압박이 의심되는 소견이 있을 때에는 주위 장기에서 생긴 병변, 특히 악성종양을 감별하기 위한 복부 CT 혹은 EUS 등의 추가 검사를 적극적으로 시행할 필요가 있다.

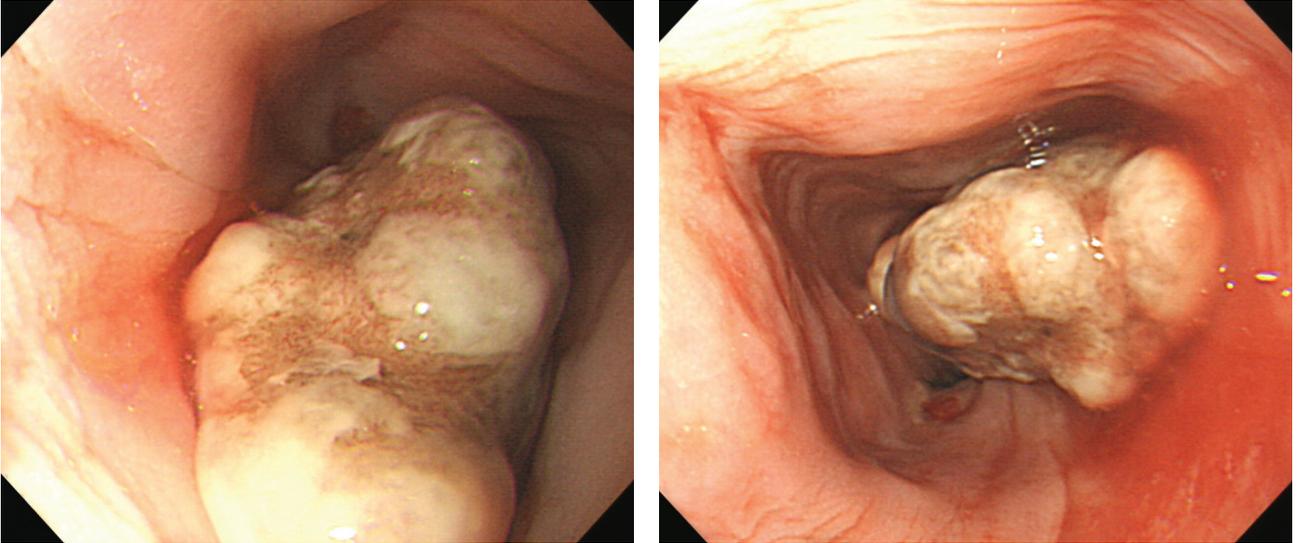
토의

이준행: 위점막하종양이 발견되면 기계적으로 초음파내시경(EUS)을 권유하는 이상한 관행이 만연되어 있습니다. 무증상이고 1 cm 이하라면 내시경 추적검사를 권하는 것이 좋습니다. 증상이 있는 경우는 CT가 초음파내시경보다 임상적 유용성이 크다고 생각합니다. 특히 내시경 소견으로 GIST와 같은 위질환보다 외부압박이 의심되는 경우는 단연코 CT가 유용합니다.

식도의 흑색종

Esophageal melanoma

양민아 | 전주예수병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

고혈압 외의 기저질환은 없는 65세 여자가 검진 목적으로 위내시경 검사를 시행하였고, 상절치로부터 약 21 cm 위치에 약 33 mm 정도의 검은 색소침착을 보이는 분엽상의 종괴가 발견되었고 조직검사 결과 이상세포가 발견되어 식도암이 의심되어 의뢰되었다.

진단 및 경과

상부위장관내시경하 재조직검사를 시행하였고 malignant melanoma로 확진되었다.

해설

악성 흑색종은 피부에서 가장 흔하게 발생하며 위장관 전이가 종종 발견되곤 하나, 식도 전이는 극히 드물다. 원발성 식도 악성 흑색종은 극히 드문 종양으로 식도의 중간이나 원위 1/3에서 가장 흔하게 발생하며, 이 부위에 melanocyte가 집중되어 있기 때문으로 생각된다. 삼킴곤란이나 통증, 출혈, 체중감소 등의 증상을 호소할 수 있다. 내시경 검사에서는 일반적으로 점막이 손상되지 않은 소엽 모양의 어두운 종괴로 나타나거나 궤양이 있기도 하다. 전이성 병변을 배제하는 것이 중요하고 공격적인 특성, 높은 재발률과 원격전이로 전체 평균 생존율은 10-13개월에 불과하며 예후는 매우 좋지 않다. 치료는 외과적 절제술이며 방사선치료나 항암화학요법, 면역치료의 효과는 좋지 않은 것으로 알려져 있다.

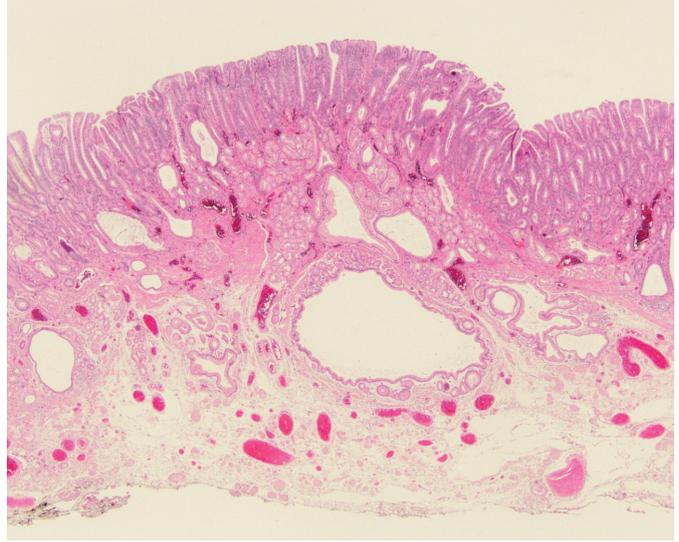
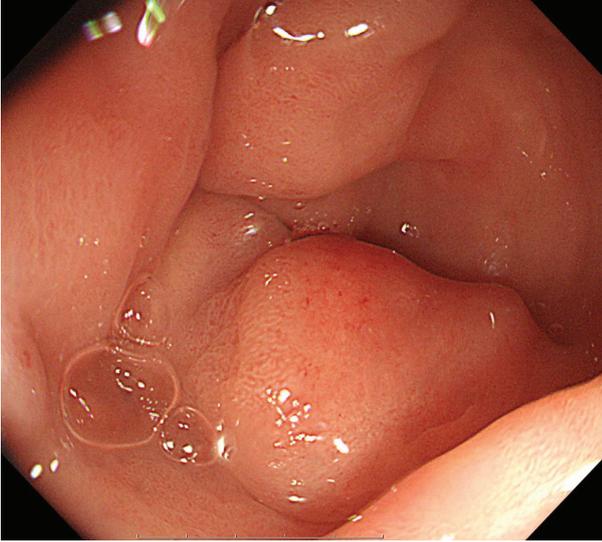
토의

이준행: 식도 악성 흑색종(malignant melanoma)의 특징은 나쁘다는 것입니다. 평균 생존 기간은 10~13개월, 5년 생존율은 0-4%입니다. 설혹 초기에 발견되어 수술한 경우에도 대부분 재발합니다. 식도 malignant melanoma는 매우 malignant합니다. 정상 식도 상피에는 melanocyte가 존재합니다. 그래서 원발성 악성 흑색종이 가능한 것입니다. 내시경에서는 검은 색의 큰 혹으로 보이지만, 간혹 검고 작은 반점으로 보이는 경우도 있습니다. 다만 검다고 모두 악성 흑색종은 아닙니다.

관상 선종과 병발된 심재성 낭종성 위염

Tubular adenoma associated with gastritis

양민아 | 전주예수병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

82세 남자가 검진 목적으로 위내시경 검사를 시행하였고 위전정부 대만에 약 15 mm 정도 크기의 용기형 병변이 관찰되어 조직검사를 하였고 저도 선종이 진단되었다.

진단 및 경과

Tubular adenoma associated with gastritis cystica profunda

상부위장관내시경 점막하박리술을 시행하였고 조직검사 결과 15×15 mm의 저도 선종 associated with gastritis cystica profunda를 보였고 완전절제되었으며 현재 추적 관찰 중이다.

해설

심재성 낭종성 위염은 위의 선상피가 팽창, 확장되어 점막의 심부나 점막하에서 낭성병변을 형성하는 질환으로 대개 무증상이나 크기가 증가하며 출혈이나 장폐쇄 등의 증상을 나타낼 수도 있다. 병변은 대개 점막하종양이나 용종의 형태로 나타날 수 있다. 사구체에서 발생하는 종양으로 궤양이나 출혈을 동반되거나 일부에서는 무증상으로 우연히 발견되기도 한다. 본 증례의 경우 사전 내시경 검사 생검에서 선종으로 진단되었으나, 최종 박리 생검을 통해 심재성 낭종성 위염이 연관되어 있음을 확인하였다. 심재성 낭종성 위염은 양성질환으로 생각되나 양성 위질환 및 위암에서 동시성 병변으로 관찰될 수 있고 전암성 병변의 가능성에 유의하여 주의 깊은 관찰이 필요하다.

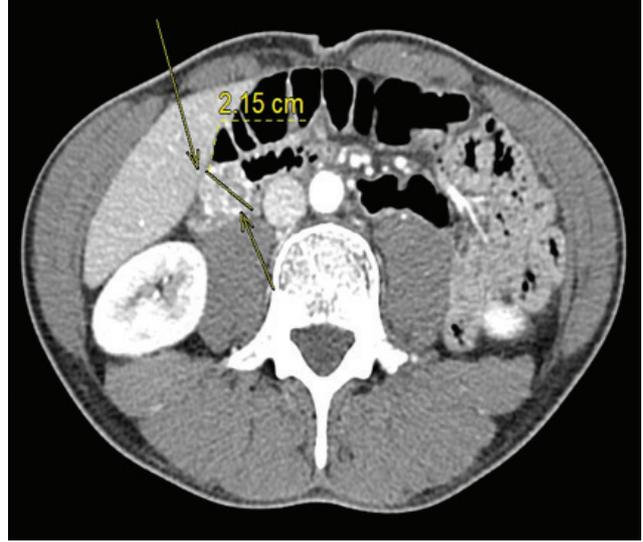
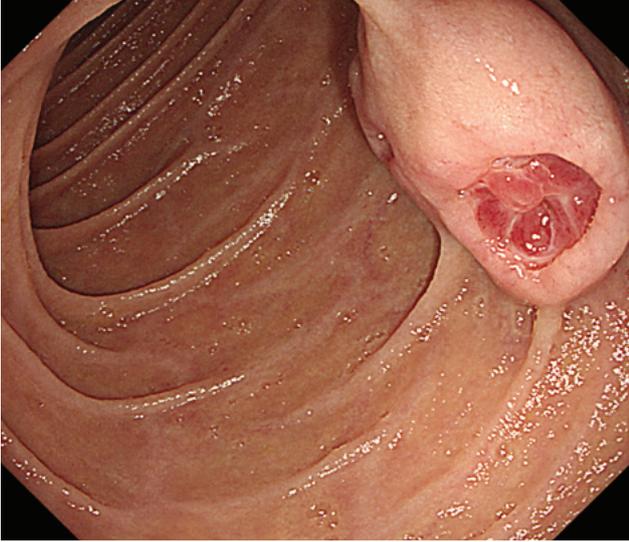
토의

이준행: 심재성 낭종성 위염은 위암이나 위선종과 동반되어 내시경절제술 혹은 수술 후 진단되는 경우가 많습니다. 82세 남성이 검진 목적의 내시경을 한다는 것은 의학적인 가이드라인 밖입니다. 검진에 따른 이득이 검진에 따른 위해를 초과한다는 명확한 증거가 없기 때문입니다. 고령자에서 발견된 저도 선종에 대하여 ESD와 같은 적극적인 치료가 필요한지 보다 많은 논의가 필요합니다.

십이지장 위장관기질종양

Duodenal gastrointestinal stromal tumor

차라리 | 창원경상국립대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

특이 과거력이 없던 53세 남성이 흑변으로 응급실을 내원하였다. 혈액검사에서 혈색소(Hb) 10.2 g/dL였고, 종양표지자(CEA 및 CA19-9)는 정상이었다. 출혈의 원인을 확인하기 위해 위내시경검사를 시행하였다. 위내시경검사에서 십이지장 제2부위에 2×2 cm 가량의 점막하병변이 있고 병변의 중심부 궤양이 관찰되었다. 복부 전산화단층촬영(CT) 결과 십이지장 제2부위에 2.15 cm 크기의 혈관분포가 많은 종양(hypervascular mass)을 확인하였다.

진단 및 경과

조직검사를 시행한 결과 위장관기질종양(gastrointestinal stromal tumor, GIST)으로 확인되었다. 복부 전산화단층촬영(CT) 결과 타장기 전이는 확인되지 않았으며, 수술적 치료를 시행하였다. 최종병리에서 "Gastrointestinal stromal tumor, low risk, tumor size: 2.5 cm, mitotic activity 2/50 HPF"로 보고하였다.

해설

십이지장 위장관기질종양은 대부분 제2부위에서 발생하고 약 50%에서 악성 변화를 보인다. 전형적인 상피하종양의 형태로 관찰되나, 발육 속도가 빠른 악성 병변에서는 중심부 궤양 또는 출혈을 동반하기도 한다. 대부분 무증상이나 본 증례와 같이 위장관 출혈이 발생하기도 한다. 또한 복부 통증 및 등 통증을 호소하기도 한다. 통상적인 내시경 생검을 통해서만 진단율이 낮기 때문에, 의심되면 전산화단층촬영, 내시경 초음파, MRI 등의 추가적인 검사를 시행하는 것이 진단에 도움이 된다.

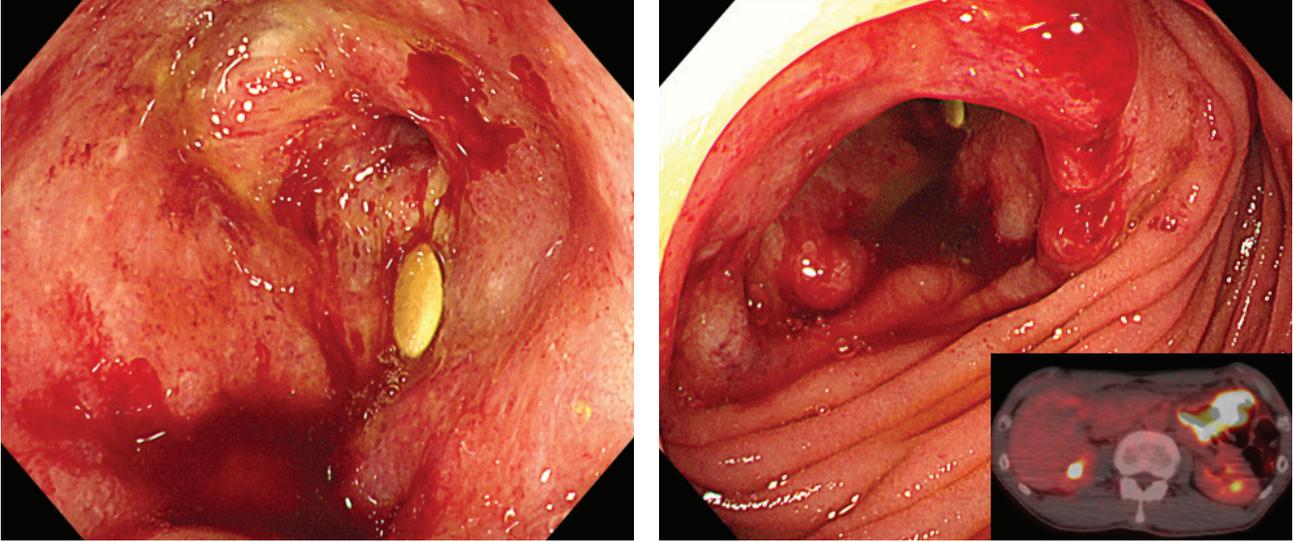
토의

이준행: 소장 GIST는 위 GIST에 비하여 악성도가 높습니다. Low risk of malignant potential로 나왔던 환자에서도 간전이를 보이는 경우가 있습니다. 적극적인 치료가 필요합니다.

소장의 미만성 거대 B세포 림프종

Diffuse large B cell lymphoma

차라리 | 창원경상국립대학교병원 소화기내과



임상상 및 내시경 소견

특이 과거력이 없던 46세 남성이 소화불량증 및 복부불편감으로 시행한 내시경검사에서 duodenal 제3부위에 단단하고 표면이 불규칙하며 점막과 궤양으로 인한 stricture가 관찰되었고 내시경은 통과되지 않았다.

진단 및 경과

조직검사를 시행한 결과 미만성 거대B세포 림프종(diffuse large B-cell lymphoma, DLBL)로 확인되었다. 복부 전산화단층촬영(CT) 등을 시행하였고, 병기 확인을 위해 PET-CT를 시행하였다. 십이지장에 발생한 DLBL로 협착으로 발현한 증례이다.

해설

십이지장 림프종(duodenal lymphoma)은 가장 흔한 조직학적 유형은 말트림프종(MALT lymphoma)이며 이외 DLBL, 외투세 포림프종(mantle cell lymphoma), T세포 림프종(T-cell lymphoma), 소포림프종(follicular lymphoma) 등 다양한 조직형이 있다. 삼출물을 동반하는 광범위한 미란 형태의 염증형, 작은 용종들이 산재한 형태의 용종형, 궤양형, 결절형 등의 다양한 형태로 관찰될 수 있다.

토의

이준행: 소장은 위치에 따라 여러 종양의 빈도가 다릅니다. 십이지장에는 adenocarcinoma가 많고, 회장에는 carcinoid가 많습니다. Lymphoma는 고루 분포합니다.

IN DEPTH CASE ANALYSIS

산분비선 선종

Oxyntic gland adenoma

이준행 | 성균관대학교 삼성서울병원 소화기내과

증례

고혈압 병력이 있는 64세 여성이 검진 내시경에서 발견된 위체부의 0.8 cm 크기의 퇴색된 편평 용기병소의 치료를 위하여 의뢰되었다(그림 1). 외부 조작검사는 a few atypical oxyntic glands, suspicious for oxyntic gland adenoma였으며 의뢰 후 외부 슬라이드 재판독은 fundic gland dysplasia, focal이었다. Anti-helicobacter antibody 음성, anti-parietal cell antibody 음성, pepsinogen I 46.2 ng/ml, pepsinogen II 15.6 ng/ml, pepsinogen I/II ratio 3.0, serum gastrin 34.9 pg/ml이었다. 내시경점막하박리술(endoscopic submucosal dissection)을 시행하였다(그림 3a. white light endoscopy, 3b. NBI, 3c. indigo-carmine spray, 3d. ESD). 최종 병리결과는 6×4 mm oxyntic gland adenoma with high grade dysplasia였으며 절제변연은 음성이었다(그림 4, 5).

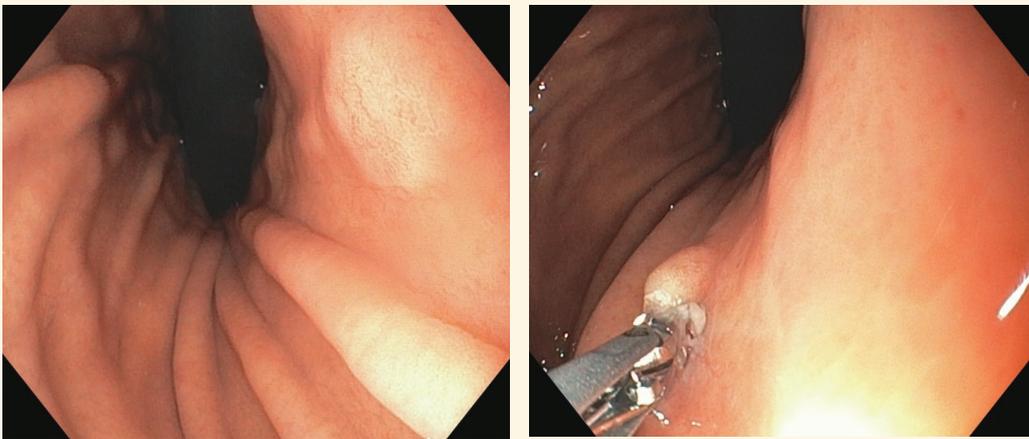


그림 1.

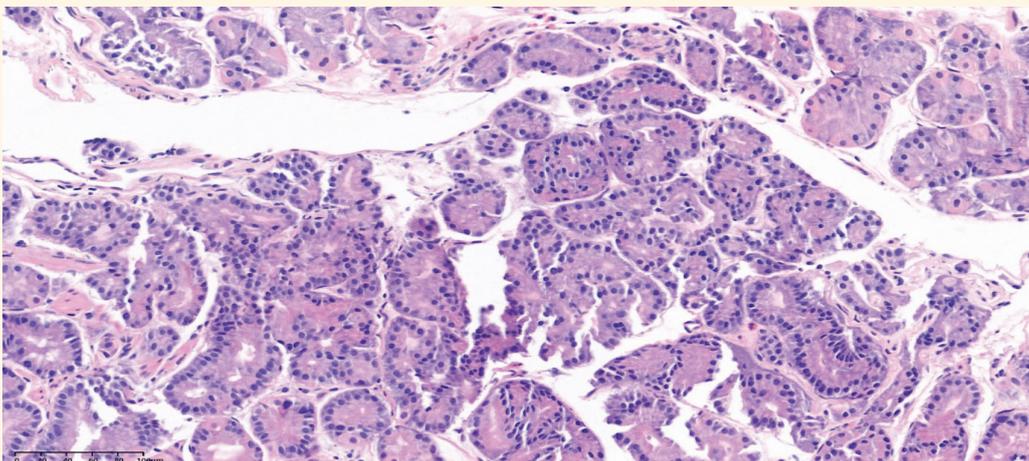


그림 2.

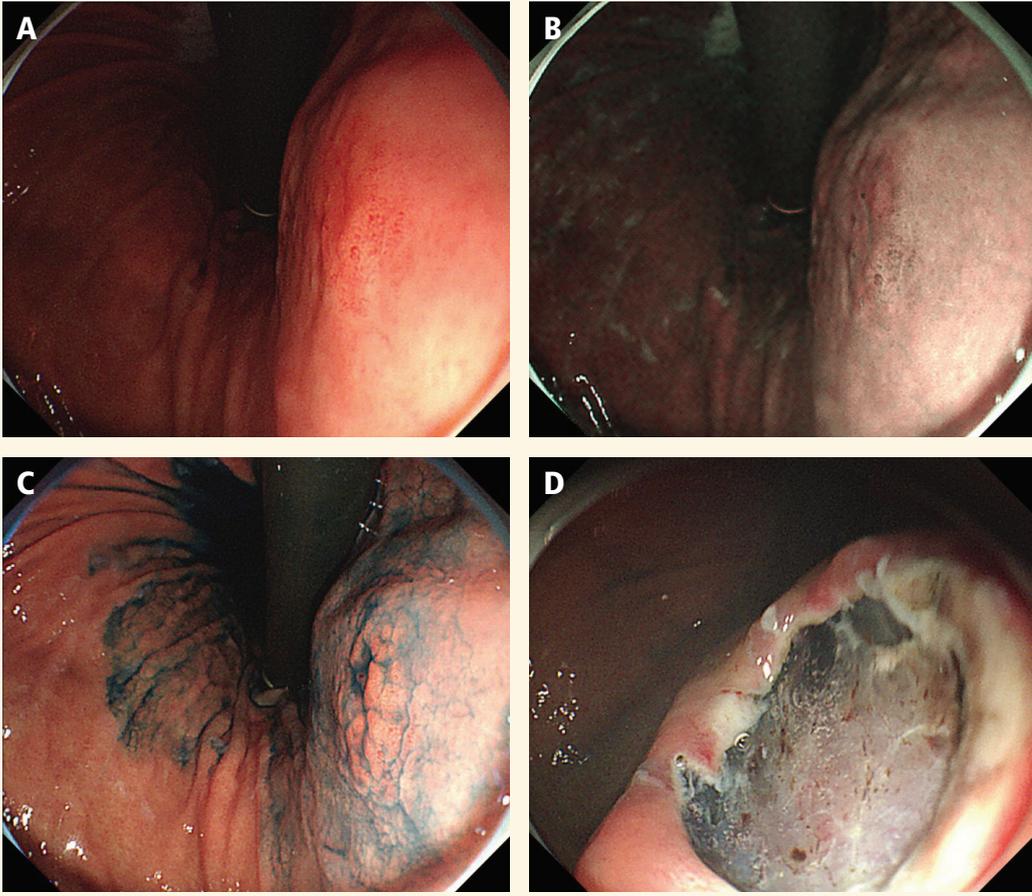


그림 3.

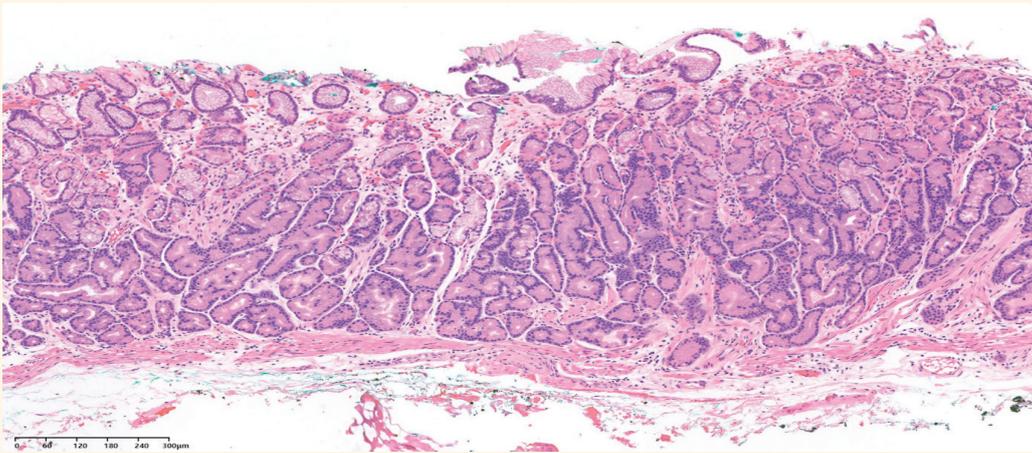


그림 4.

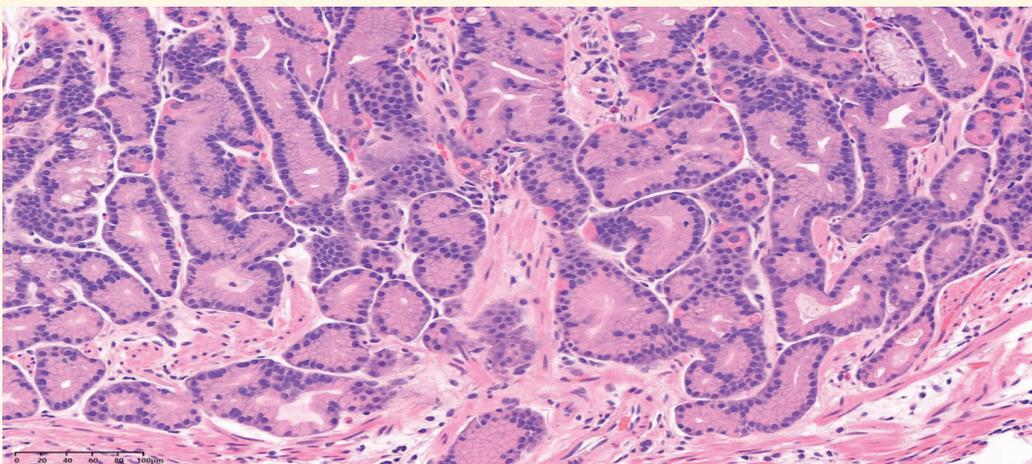


그림 5.

해설

위용종은 크게 표면상피에서 시작된 종류와 위선(gastric gland)에서 기원하는 종류로 나뉜다(그림 6). 표면상피에서 기원한 것, 즉 foveolar epithelium 기원 용종에는 과형성 용종, 관상 선종, 연소성 용종증(juvenile polyposis), Peutz-Jeghers 증후군 등이 있으며, 위선에서 기원한 것은 위저선 용종(fundic gland polyp), 산분비선 선종(oxyntic gland adenoma, OGA), 유문선 선종(pyloric gland adenoma), 가족성 유전성 용종증과 연관된 위저선 용종증 등이 있다.

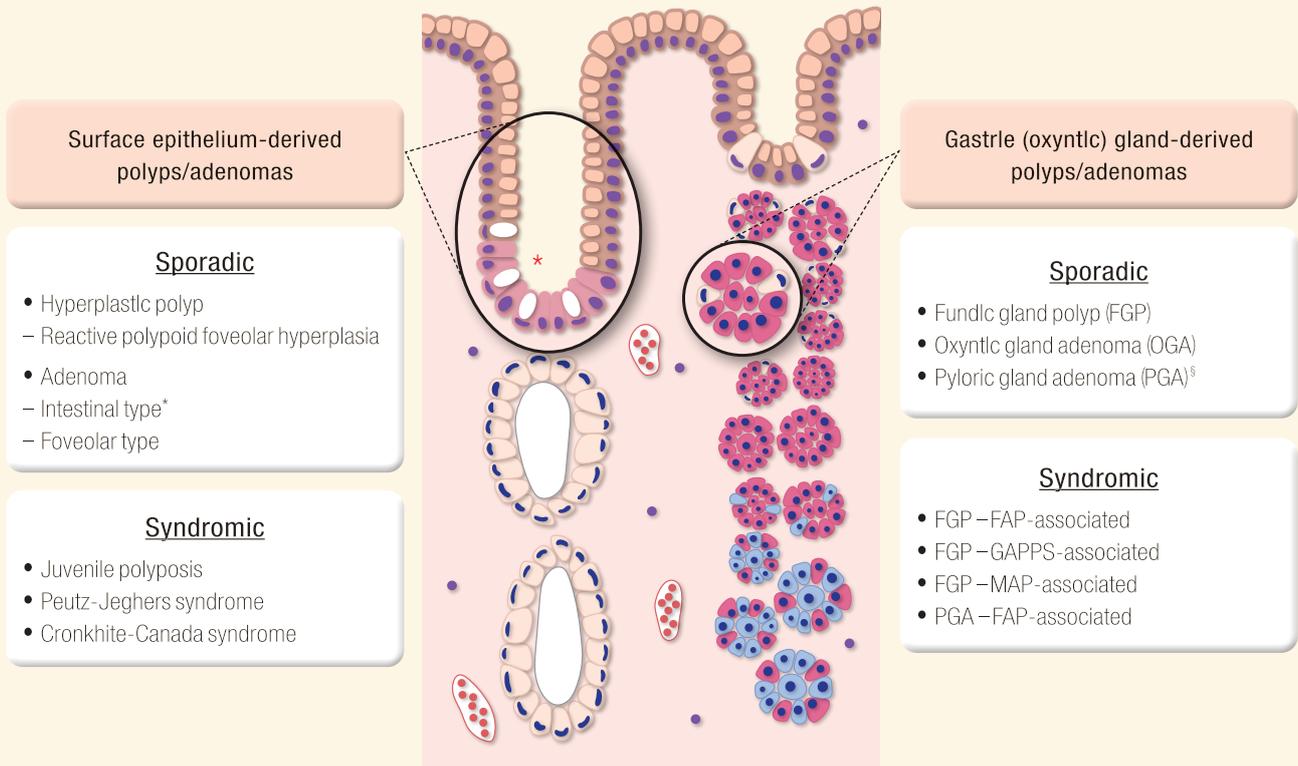


그림 6.

과거 OGA는 주세포 우세형 위저선형 위암(gastric adenocarcinoma of fundic gland type with chief cell differentiation)으로 부르던 종류였다. 2012년 연구(Singhi, et al. *Am J Surg Pathol* 2012;36:1030)에서 분문부와 위저부의 산분비점막(oxyntic mucosa)에서 기원하며, 림프혈관 침범, 전이나 재발이 매우 드물기 때문에 암이라기보다는 선종으로 명명하는 것이 타당하겠다는 의견에 따라 OGA로 명칭이 변경되었다.

OGA 환자의 평균 연령은 66세이며 남녀비는 3:1이다. OGA를 내시경 소견으로 진단하기는 어렵다. 주로 위체부나 위저부의 점막의 작고 약간 융기되거나 평탄한 병변으로 관찰되지만 드물게 함몰형인 경우도 있다. 크기는 다양한데 3 mm부터 40 mm까지 보고되고 있다. 상피하병변과 유사하게 관찰되는 경우도 있는데 이는 정상 foveolar epithelium (소와 상피) 아래의 위선에서 발생하기 때문으로 추정된다.

조직학적 소견은 크기와 모양이 다양한 비정형적인 선구소가 정상적인 점막 사이에 관찰되는 것이다(tightly packed tubules and trabeculae). 구조적인 이형성에 비하여 세포핵의 이형성은 가벼운 편인데, 둥글고 작은 핵을 가지면서 고배율에서 정상 위저선 세포보다는 핵이 다소 크고 작고 명확한 핵소체를 가지고 있다. 유사분열은 거의 발견되지 않는다. 세포형은 주세포 위주인 경우(chief cell-predominant pattern)가 가장 흔하고 주세포와 벽세포가 섞인 형태가 있다. 목점액세포 (mucous neck cell)나 소와 변형(foveolar differentiation)을 보이는 종류는 예후가 나쁠 수 있다. 신경내분비종양과의 감별이 어려운 경우에는 chromogranin A나 synaptophysin 염색을 이용한다. 뮤신염색에서는 MUC5AC 음성, MUC 6 양성을 보인다. 고도 OGA에서는 선구소가 보다 복잡해지고 세포핵의 이형성이 심해질 수 있다(complex anastomosing glands and more pronounced cytonuclear atypia). Wnt/b-catenin 신호전달체계와 관련된 유전자들(CTNNB1, AXINs, APC, GNAS)의 변이가 보고된 바 있다.







식품
의약품
안전관리
청

의약전문가용



지텍정 *Coming Soon!*

지텍정[®]

육계건조엑스(16-26→1) 75mg

대한민국 신약 개발상 우수상 수상

- 천연물신약 위염치료제
- 대조약 대비
우월한 미란개선효과 입증

Experience Esoduo!

3가지 기술력으로 입증된
 Better combination for GERD treatment



Patent **1. Stability**

방습코팅을 통한 안정성 확보기술

Patent **2. Safety**

Sodium bicarbonate 사용기술

Patent **3. Speed**

방출속도를 조절하는 기술


에소듀오정
 Esomeprazole 20mg / Sodium bicarbonate 800mg
 Esomeprazole 40mg / Sodium bicarbonate 800mg
 속방형 에스오메프라졸


에소듀오에스정
 Esomeprazole 20mg / Sodium bicarbonate 700mg
 Esomeprazole 40mg / Sodium bicarbonate 700mg
 속방형 에스오메프라졸